

BVGer C-4757/2018 vom 16. September 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4757_2018

FR: TAF C-4757/2018 du 16 septembre 2020

IT: TAF C-4757/2018 del 16 settembre 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Es ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet, sodass - unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 15. Juli bis und mit 15. August - auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 20. August 2018 einzutreten ist (Art. 38 Abs. 4 Bst. b, 60 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 22. Juni 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. Juni 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 22. Juni 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2).

Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin ist Schweizer Staatsbürgerin. Aufgrund ihres Wohnsitzes in Frankreich besteht in räumlicher Hinsicht ein internationaler Sachverhalt mit Bezug zur EU, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zu beachten sind. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 4.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 4.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 4.4

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 4.5

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 4.6

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

E. 5

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

E. 5.1

Gemäss den beiden Austrittsberichten vom 25. April 2012 des Spitals D._____ hatte sich die Beschwerdeführerin dort wegen Husten, thorakalen Schmerzen, Schwindel und zunehmenden Kopfschmerzen vorgestellt. Es wurden unter anderem die Diagnosen chronische Spannungskopfschmerzen, Verdacht auf muskuloskelettale Thoraxschmerzen und Chronic fatigue Syndrome genannt sowie eine Arbeitsunfähigkeit bis 27. April 2012 attestiert (act. 86 S. 26 ff.).

E. 5.2

Vom 22. Juni bis 10. Juli 2012 wurde die Beschwerdeführerin in der Spital AG E._____ stationär rheumatologisch behandelt. Im Bericht vom 19. Juli 2012 wurden folgende Diagnosen genannt: 1. Chronische Spannungskopfschmerzen mit möglicher Medikamentenüberkonsum-Komponente seit 8 Wochen sowie psychosoziale Belastungssituation; 2. Costen-Syndrom Kiefergelenk rechts; 3. Verdacht auf Somatisierungsstörung mit Halbkörperschmerzsyndrom rechts während Schmerzmittel-Entzugs; 4. Aktenanamnestisch Chronic fatigue Syndrome. Zudem wurde vom 22. Juni bis 20. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (act. 42 S. 10 f.).

E. 5.3

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik F._____, Abteilung Psychosomatik vom 28. September 2012 bis 16. November 2012 hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. Dezember 2012 wurden folgende Diagnosen angeführt: 1. Spannungskopfschmerzen mit Invalidisierungstendenz im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 2. Neurasthenie mit ausgeprägter Erschöpfung und Tagesmüdigkeit (ICD-10 F48.0); 3. Konversionsstörung/dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindungen (ICD-10 F44); 4. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10 F60.8); 5. Lumboischialgie bei erosiver Osteochondrose L5/S1 mit Fazettengelenksarthrosen und breitbasiger medialer Diskushernie (ICD-10 M54.17); 6. Anamnestisch Essstörung; 7. Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0); 8. Vitamin D-Mangel (ICD-10 E55.9); 9. Leichte Anämie (ICD-10 D64.8; bei Austritt normalisiert); 10. Bekanntes Asthma bronchiale; 11. Status nach massiven Lungenembolien beidseits 2009. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes und noch bis zum 30. November 2012 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Ferner wurde die Aufnahme einer ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen, zu welcher sich die Beschwerdeführerin bereit erklärt habe (act. 64 S. 2 ff.).

E. 5.4

Dr. G._____, Rheumatologie FMH, Innere Medizin FMH, Manuelle Medizin SAMM, nannte im Bericht vom 26. November 2012 die Diagnosen lumboradikuläres Reizsyndrom L5 oder S1 rechts ohne motorische Ausfälle bei erosiver Osteochondrose L5/S1 sowie Chronic fatigue Syndrome. Von der Anamnese her handle es sich um eine radikuläre Reizung. Im MRI finde sich jedoch kein eindeutiges Korrelat für die beklagten Schmerzen (act. 42 S. 7 f.). Im Bericht vom 7. Dezember 2012 führte er zudem aus, da sich nach den durch ihn durchgeführten Injektionen keine Besserung gezeigt habe, habe er die

Beschwerdeführerin an Dr. med. H._____ zur infiltrativen Therapie überwiesen (vgl. act. 42 S. 2).

E. 5.5

Der Rheumatologe Dr. med. H._____ behandelte die Beschwerdeführerin. Am 12. Dezember 2012 berichtete er von einer Besserung insbesondere in den Ruhephasen. Weiter stellte er fest, es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den langbestehenden Beschwerden und den zu erhebenden Befunden (act. 86 S. 23).

E. 5.6

Am 12. Januar 2013 wurde die Beschwerdeführerin erneut im Spital D._____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 13. Januar 2013 wurden insbesondere folgende Diagnosen angeführt: Analgetika unterstützter Kopfschmerz, bekannte therapierefraktäre Kopfschmerzen, Chronic fatigue Syndrome. (act. 86 S. 24 f.).

E. 5.7

Vom 8. bis 15. Februar 2013 wurde die Beschwerdeführerin wegen einer Bein thrombose im Spital I._____ stationär behandelt (act. 63 S. 3 f.).

E. 5.8

Der Allgemeinmediziner und Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. J._____ führte in seinem Bericht vom 28. Februar 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Lumboradikuläres Reizsyndrom L5 oder S1 rechts ohne motorische Ausfälle bei erosiver Osteochondrose L5/S1; Spannungskopfschmerzen mit Invalidisierungstendenz im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); Neurasthenie mit ausgeprägter Erschöpfung und Tagesmüdigkeit (ICD-10 F48.0). Seit Juli 2012 bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 55 S. 7 ff.).

E. 5.9

Anlässlich des MRI von Halswirbelsäule und Weichteile zervikal vom 10. Juni 2013 fand sich kein Nachweis einer zervikalen Myelopathie. Für das Alter der Patientin würden bereits mässige bis deutlich degenerative Veränderungen von HWK4 bis HWK7 rechtsseitig betont bestehen mit kleinen Hernierungen und Spondylarthrose respektive Retrospondylose, dadurch enge Neuroforamina C5 und C6 rechtsseitig - allenfalls mögliche Kompression dieser Wurzeln unter Belastung (z.B. Rotation/Reklination; act. 86 S. 19).

E. 5.10

Mit Bericht vom 27. Juni 2013 führte RAD-Arzt Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus, es liege ein kombinierter psychischer und somatischer Gesundheitsschaden vor, wobei eine Schmerzstörung eine wesentliche Rolle spiele. Er empfahl eine rheumatologisch-psychiatrische Abklärung (act. 66 S. 2).

E. 5.11

Im September 2013 berichtete Dr. med. J._____ es bestehe die Diagnose Neurasthenie, progredient seit 2009. Die Beschwerdeführerin sei nach der geringsten Anstrengung völlig erschöpft. Die Beinmuskulatur lasse ein Spazieren kaum mehr zu. Nur dank des Rollstuhls könne sie noch einen Teil des sozialen Lebens aufrechterhalten (act. 84 S. 2).

E. 5.12

Am 23. September 2013 stellte sich die Beschwerdeführerin notfalmässig im Spital D._____ wegen passagerer Aphasie und fortbestehenden Kribbelparästhesien rechtsseitig sowie Hemiparese rechtsseitig vor (act. 86 S. 32 f.). Der interne neurologische Konsiliardienst diagnostizierte eine funktionelle Störung und empfahl ein psychiatrisches Konsil (act. 86 S. 34). Mit Austrittsbericht vom 25. September 2013 wurde eine psychosomatische Betreuung dringend empfohlen (act. 86 S. 36).

E. 5.13

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 19. November 2013 des Spitals D._____ wurden folgende rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsseitig bei Facettenglenksarthrosen multisegmental, Betonung auf S1/LWK5 beidseits rechtsbetont und LWK4/LWK5 rechtsseitig; 2. Zervikobrachiales Schmerzsyndrom deutlich degenerative Veränderungen HWK4-7 (act. 86 S. 14). Zusammenfassend sei von einem langandauernden chronifizierten Beschwerdebild auszugehen, deren Grundlage somatische Störungen an der LWS und HWS bilden, die jedoch nur einen Teil der Beschwerden erklären könnten. Aufgrund der psychiatrischen Vordiagnosen schein darüber hinaus die Tendenz zu einer Schmerzausweitung vorzuliegen sowie eine gesteigerte Schmerzverarbeitung/Schmerzempfindung. Aus rein rheumatologisch-somatischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu 50 %. Aufgrund der Schmerzausweitung werde vermutet, dass eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vorliegen könnte. Formal bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit von Seiten der Beschwerdeführerin, da sie nur in der Lage sei, 15 Minuten zu sitzen und 5 Minuten zu stehen (act. 86 S. 16).

E. 5.14

Gemäss internistischem Konsiliarbericht vom 30. Mai 2014 von Dr. med. L._____ bestehen folgende Diagnosen: Unklare Gehunfähigkeit mit Rückenschmerzen, chronisches Schmerzsyndrom mit lumbalem Schwerpunkt, gelegentlich L5 Reizsymptomatik rechts, funktionelle Halbseitensymptomatik rechts und Beinschwäche, Status nach zweimaliger Lungenembolie. Im Befund hielt sie insbesondere fest, es bestehe kein akut pathologischer Befund, keine Nervenwurzelkompression oder Myelopathie. Hinsichtlich der klinischen Symptomatik finde sich somit kein beweisendes Korrelat (act. 100 S. 11).

E. 5.15

Laut Bericht vom 9. Juli 2014 von Dr. med. M._____, FMH Orthopädische Chirurgie, leide die Beschwerdeführerin seit Monaten an einem tief lumbalen lumbospondylogenen Syndrom mit Ausstrahlungen rechtstont und zunehmender Osteochondrose der LWS. Sie sei deshalb seit 10/11 Monaten bettlägerig. Zusätzlich bestehe eine unklare Fussplegie rechtsbetont. In der Folge wurde sie am 27. Juni 2014 am Rücken operiert (Spondylodese) und war vom 26. Juni bis 7. Juli 2014 im Spital N._____ hospitalisiert (act. 100 S. 6 ff.).

E. 5.16

Anschliessend erfolgte vom 7. Juli bis 9. August 2014 ein Aufenthalt in der Reha O._____. Unter der intensiven Therapie habe die Beschwerdeführerin Fortschritte verzeichnen können. Bei Entlassung habe sie den Transfer Bett-Rollstuhl und Rollstuhl-WC selbständig durchführen können. Auch die Hyperästhesie der unteren Extremitäten sei verbessert gewesen. Dagegen sei die Kraft des rechten Beines unverändert. Zudem wurde eine psychische Komponente der Schmerzsymptomatik festgestellt und eine weitere

ambulante psychologische Betreuung als indiziert erachtet (act. 109 S. 2 f.).

E. 5.17

Am 16. September 2014 wurde die Beschwerdeführerin erneut am Rücken operiert (Pedikelschraubenumsetzung und Mehrkonvergierung; act. 100 S. 13).

E. 5.18

Mit kurzem Zwischenbericht (Eingang bei der Vorinstanz: 3. Oktober 2014) hielt Dr. med. J._____ fest, die psychische Problematik sei im Hintergrund, während die massive Rückenproblematik im Vordergrund stehe. Die Schmerzproblematik im Bein rechts habe sich stark verschlechtert. Seit Januar 2014 sei die Beschwerdeführerin im Rollstuhl und auf externe Hilfe angewiesen. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig (act. 100 S. 1 ff.).

E. 5.19

Das psychiatrische Teilgutachten der Klinik P._____ zur Untersuchung vom 9. Dezember 2013 datiert vom 9. Oktober 2014. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0); dissoziative Störung, gemischt (Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Bewegungsstörungen; ICD-10 F44.7); depressive Episode (ICD-10 F32.1); kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10 F60.8; act. 105 S. 25). Bezüglich der sogenannten «Foerster-Kriterien» bestehe bei der Beschwerdeführerin mit den vier genannten Diagnosen eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Mit den rheumatologischen Erkrankungen liege eine körperliche chronische Begleiterkrankung vor. Es bestehe ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit einer progredienten Symptomatik sowie derzeit ein vollkommener sozialer Rückzug in allen Lebenslagen. Die Störungen würden bereits seit vielen Jahren vorliegen und die Beschwerdeführerin habe lange Zeit einen verstärkten Energieaufwand betrieben, um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Es sei über die Jahre immer wieder zu einer Verlagerung und Änderung der erheblichen somatoformen und Konversions-Symptome gekommen, so dass vor diesem Hintergrund von einem verfestigten therapeutisch kaum mehr beeinflussbaren Verlauf mit primärem und sekundärem Krankheitsgewinn auszugehen sei (act. 105 S. 30). Die Beschwerdeführerin sei in der Anpassung an Regeln und Routinen, in Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in ihrer Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und auch bei spontanen Aktivitäten schwer beeinträchtigt. Derzeit sei sie darüber hinaus in der Selbstpflege und in ihrer Verkehrsfähigkeit ebenfalls schwer beeinträchtigt. Aus psychiatrischer Sicht sei sie in jeglicher Tätigkeit arbeitsunfähig. Damit ergebe sich aus bidisziplinärer Sicht gesamthaft derzeit eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit (act. 105 S. 31).

E. 5.20

Dem Bericht vom 10. November 2014 von Dr. med. M._____ ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wenige Beschwerden im Lumbalbereich habe und nicht nur noch bettlägerig sei. Sie könne mindestens im Rollstuhl eine gewisse Autonomie zurückgewinnen. Was die Reintegration in die Arbeitswelt betreffe, sei die Prognose unklar bis düster, da die aktuelle Gehunfähigkeit trotz neurologischem Konsilium weiterhin unklar bleibe (act. 111 S. 1 f.).

E. 5.21

RAD-Arzt Dr. med. K._____ hielt mit Bericht vom 10. November 2014 fest, seit der Begutachtung habe sich eine Veränderung des Gesundheitsschadens ergeben. Seit dem stationären Aufenthalt scheine eine Besserung der Rückenproblematik eingetreten zu sein, weshalb er eine erneute bidisziplinäre, psychiatrische und rheumatologische Begutachtung empfahl. Im Fokus stehe die Frage nach der Überwindbarkeit der Schmerzen (act. 112 S. 2).

E. 5.21.1

Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Februar 2015 die Diagnosen dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) und Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; act. 128 S. 15). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der dissoziativen Bewegungsstörung und der Somatisierungsstörung könne keine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert werden. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, trotz allfälliger Restbeschwerden sich aktiv um ihre Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Die geklagten körperlichen Beschwerden liessen sich durch somatische Befunde nicht hinreichend objektivieren. Die geklagten Beschwerden und Einschränkungen seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar. Daher sei auch nicht zu erwarten, dass durch somatisch orientierte Therapien oder durch eine psychiatrische Behandlung diese Beschwerden wesentlich beeinflusst werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Sie sei in jeder beruflichen Tätigkeit, die ihren körperlichen Einschränkungen angepasst sei, vollschichtig und ohne jede Leistungseinschränkung arbeitsfähig (act. 128 S. 17 f.).

E. 5.21.2

Dr. med. R._____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, nannte in seinem rheumatologischem Teilgutachten vom 23. April 2015 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsseitig (ICD-10 M54.5; act. 134 S. 29). Beim Fehlen relevanter objektivierbarer Veränderungen am Bewegungsapparat - ausserhalb einer ausgeprägten, dennoch reversiblen muskulären Dekonditionierung und einer nun stabilisierten Osteochondrose L5/S1 - lasse sich eine volle restliche Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ermitteln. Am Bewegungsapparat fänden sich keine organisch-bedingten Veränderungen, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Eine anhaltende, organisch-bedingte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit lasse sich nur aufgrund der diffusen myotendinotischen Verspannungen am Bewegungsapparat nicht begründen. Diese funktionelle muskuläre Dysbalance der Muskulatur sei rein theoretisch besserungsfähig. Die Entstehung einer vollständigen Kraftlosigkeit und Gefühllosigkeit des linken [recte: rechten] Beines lasse sich anhand der klinischen Befunde aus somatischer Sicht nicht erklären (act. 134 S. 38).

E. 5.22

Mit RAD-Stellungnahme vom 18. Mai 2015 führe Dr. med. S._____, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, aus, die ausführliche interdisziplinäre Falldiskussion habe ergeben, dass das Gutachten von Dr. med. Q._____, nicht den versicherungsrechtlichen Anforderungen entspreche. Es sei unter anderem nicht zum erheblichen Medikamentenkonsum von Opioiden/Stimulantien Stellung genommen worden. Zudem würden die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit diametral entgegengesetzt zum P._____-Gutachten liegen. Auch in somatischer Hinsicht würden die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit divergieren und es sei nicht eindeutig klar, ob es sich um eine Verbesserung infolge Operation oder um eine andere Beurteilung handle. Da bislang auch die Aspekte der Hörstörung nicht gutachterlich gewürdigt worden seien, werde die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens empfohlen (act. 136 S. 2).

E. 5.23

Vom 21. April bis 10. Juli 2015 befand sich die Beschwerdeführerin stationär in der Reha T._____. Dem Bericht vom 14. August 2015 ist insbesondere zu entnehmen, dass im gesamten Verlauf durch die Neuraltherapie eine verbesserte Schmerzsymptomatik erreicht worden sei. Bei Austritt habe weiterhin eine rechtsbetonte Paraparese bestanden. In psychischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin erste Schritte unternommen, die innere Arbeit aufzunehmen und Veränderungen zuzulassen, auch wenn dies zunächst teilweise destabilisierend gewirkt habe. Den Vorschlag die Arbeit mit Neurofeedback und Psychotherapie bei Dr. med. Dipl. Psych. U._____, einem bezüglich Traumafolgestörungen spezialisierten Psychiater, fortzusetzen, habe die Beschwerdeführerin begrüsst. In ergotherapeutischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die Selbstversorgung mit Hilfsmitteln selbständig möglich sei. Für Haushaltstätigkeiten sei die Beschwerdeführerin auf Hilfe angewiesen, was momentan der Ehemann übernehme. Die Beschwerdeführerin beschäftige sich gerne mit Patchwork-Arbeiten, übernehme für die Kirche ehrenamtlich Aufgaben und treffe sich gerne mit Freunden (act. 158).

E. 5.24

Dr. med. Dipl. Psych. U._____ hielt mit Stellungnahme vom 21. September 2015 fest, dass er nach Erhebung des psychopathologischen Befundes davon ausgehe, dass die im P._____-Gutachten detailliert beschriebene Psychopathologie unverändert bestehe. Aufgrund der biografischen Erfahrungen und wiederkehrenden Belastungssituationen in Kindheit und Jugend seien die vielfältigen Symptome und Störungen als komplexe Traumafolgestörung zu verstehen. Es bestehe eine zwingende Indikation zu einer intensiven traumaadaptierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit der Chance zumindest einer mittelfristigen Besserung der komplexen psychischen Symptomatik. Aus psychiatrischer Sicht bestehe nach wie vor eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. 165 S. 5 ff.).

E. 5.25

Gemäss Austrittsbericht vom 28. Juni 2016 war die Beschwerdeführerin vom 7. Mai bis 22. Juni 2016 unter anderem wegen eines schweren Atemnotsyndroms bei pneumogener Sepsis, akuter Niereninsuffizienz sowie diversen pulmonalen Komplikationen im Spital D._____ hospitalisiert (act. 200).

E. 5.26

In der Folge wurde die Beschwerdeführerin in der Reha T._____ vom 22. Juni bis 14. September 2016 stationär behandelt. Mit Bericht vom 22. Oktober 2016 wurde die

Fortführung der intensiven Schmerztherapie ambulant mit Akupunktur und Neuraltherapie, regelmässige Physiotherapie, regelmässiges Stehtraining sowie Atemtraining aufgrund der pulmonalen Situation empfohlen. Seit 31. April 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 204).

E. 5.27

In der Stellungnahme der Reha T. _____ vom 9. Februar 2017 wurde zusammenfassend festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin eine dissoziative Bewegungsstörung bei kombinierter Persönlichkeitsstörung (nach posttraumatischer Belastungsstörung) und rezidivierender depressiver Störung in Kombination mit einem chronischen invalidisierenden Schmerzsyndrom mit lumbalem Schwerpunkt und einer Blasen- und Darmfunktionsstörung vorliegen würden. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (act. 215).

E. 5.28

Gemäss Bericht vom 8. März 2017 der Reha T. _____ wurde anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 14./15. Februar 2017 eine schwere neuropsychologische Störung diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten bei der Untersuchung angestrengt und sich kooperativ gegeben. Trotzdem sei davon auszugehen, dass die Testbefunde durch die reduzierte Belastbarkeit und die ausgeprägte Erschöpfung überlagert seien. Die psychiatrische/psychosomatische Ätiologie stehe im Vordergrund (Posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung, depressive Störung sowie dissoziative Störung). Zudem bestehe eine ausgeprägte Schmerzproblematik mit kognitiv dämpfender Medikation. Zusätzlich seien kognitive Folgen der im Mai 2016 erlittenen Lungenfunktionsstörung möglich. Bildgebend finde sich kein hirnorganisches Korrelat für die schweren Hirnleistungsstörungen. Die Beschwerdeführerin sei bereits bei der Bewältigung des Alltags stark eingeschränkt und auf die Unterstützung ihres Ehemannes angewiesen. Das Erlangen einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht unrealistisch (act. 219).

E. 5.29

Die Beschwerdeführerin wurde am 20. März 2017 und 4. April 2017 im Begutachtungsinstitut V. _____ (nachfolgend: V. _____) internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und otorhinolaryngologisch untersucht und begutachtet. Das V. _____-Gutachten datiert vom 22. Mai 2017 (act. 221). Es wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: an Taubheit grenzende Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.5); leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0); dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (funktionelle Taubheit links, funktionelle Bewegungsstörung, Müdigkeit und Kopfschmerzen, funktionelle Halbseiten- und Sprachstörung 2013, ICD-10 F44.7); chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unter lumbaler Betonung (ICD-10 M54.80/Z98.8; act. 221 S. 41). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter zusammenfassend Folgendes fest (act. 221 S. 42 f.):

E. 5.29.1

Bei der otorhinolaryngologischen Untersuchung habe aktuell eine an Taubheit grenzende Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts und eine funktionelle Taubheit links festgestellt werden können. Es bestehe Verdacht auf eine zusätzlich psychogen bedingte Hörstörung

auf der linken Seite. Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe aufgrund der Schwerhörigkeit keine Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit auditiven Anforderungen. Auch Tätigkeiten mit erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel sollten vermieden werden. Tätigkeiten, welche eine Kommunikation über das Telefon erfordern, seien ungeeignet. Auch für andere, adaptierte Tätigkeiten bestehe aus otorhinolaryngologischer Sicht eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %.

E. 5.29.2

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden können, welche gekennzeichnet sei durch depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, auch mit Alpträumen, leichte Konzentrationsstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Es habe auch eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) diagnostiziert werden können bei psychischer Überlagerung der körperlichen Problematik. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %.

E. 5.29.3

Bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule sei die Beweglichkeit thorakolumbal unter Gegenspannung massiv eingeschränkt bis aufgehoben und zervikal frei gewesen. An den oberen und unteren Extremitäten habe eine freie Beweglichkeit bei ausgeprägter Einschränkung an der rechten Schulter bestanden, bei wiederum in erheblichem Ausmass aufgebaute Gegenspannung. Radiologisch würden degenerative Veränderung der tiefzervikalen Wirbelsäule sowie unauffällige Verhältnisse nach Coccygektomie bestehen. Die völlig diffus den grössten Teil des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde in keiner Weise nachvollziehen lassen. Aus orthopädischer Sicht bestehe sowohl für die angestammte kaufmännische als auch für andere, körperlich leichte Tätigkeiten eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

E. 5.29.4

Bei der neurologischen Untersuchung seien keine radikulären Ausfälle an den unteren Extremitäten objektivierbar gewesen. Es müsse bezüglich der Plegie des rechten Beines bei rechts- und beinbetonter Tetraparese eine funktionelle Störung angenommen werden. Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der operierten Lendenwirbelsäule eine Einschränkung für rückenbelastende Tätigkeiten. Ansonsten bestehe aus neurologischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten, insbesondere Büroarbeiten, eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

E. 5.29.5

Bei der allgemeininternistischen Untersuchung habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

E. 5.29.6

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die Beschwerdeführerin keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit auditiven Anforderungen. Für andere, leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Die Leistungseinschränkungen aus otorhinolaryngologischer und psychiatrischer Sicht würden sich nicht addieren, sondern ergänzen. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden

mit erhöhtem Pausenbedarf.

E. 5.30

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin folgende medizinische Berichte ein:

E. 5.30.1

Gemäss Abschlussbericht vom 1. Juni 2018 wurde die Beschwerdeführerin vom 7. Februar bis 25. Mai 2018 in der Reha T. _____ physiotherapeutisch behandelt. Die Gehfähigkeit habe langsam am Rollator gesteigert werden können. Mit dem Rollstuhl sei die Beschwerdeführerin ausser Haus selbständig mobil. Mit dem Rollator sei sie im Innenbereich mobil und könne ausser Haus mit Begleitung kurze Strecken gehen (BVGer act. Beilage 6).

E. 5.30.2

Gemäss Abschlussbericht vom 21. Januar 2019 wurde die Beschwerdeführerin vom 14. November 2018 bis 4. Januar 2019 in der Reha T. _____ erneut physiotherapeutisch behandelt. Die Gehfähigkeit habe sich weiter verbessert. Die Beschwerdeführerin sei im Aussenbereich selbständig sicher mobil an Unterarmgehstützen. Im Innenbereich sei sie meist ohne Unterarmgehstützen mobil, teilweise mit einem Stock links. Es bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit (BVGer act. 19 Beilage 4).

E. 6

Die Vorinstanz hat gestützt auf das V. _____-Gutachten vom 22. Mai 2017 erwogen, dass der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten mit auditiven Anforderungen zumutbar seien. Hingegen bestehe für leichte, angepasste Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Ferner lägen keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten vor, weshalb das einjährige Wartejahr nicht erfüllt sei. Entsprechend hat die Vorinstanz das Leistungsbegehren abgewiesen. Umstritten und zu überprüfen, ist die vorinstanzliche Feststellung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und die Einschätzung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Zeitraum seit der Erkrankung im 2012 bis zum Verfügungserlass im Juni 2018.

E. 6.1

Zunächst ist auf die Entwicklung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen hinzuweisen:

E. 6.1.1

Nach der mit BGE 130 V 352 eingeleiteten Rechtsprechung vermochten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Vielmehr galt die Vermutung, dass das entsprechende Leiden oder seine Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (vgl. bspw. BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen). Eine - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess war nach den sogenannten «Foerster-Kriterien» zu prüfen (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3; 131 V 49 E. 1.2; 139 V 547 E. 9).

E. 6.1.2

Nach der mit BGE 141 V 281 teilweise geänderten Rechtsprechung kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Der Rentenanspruch wird - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 BV (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Das Bundesgericht hat jedoch die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch ein strukturiertes normatives Prüfungsraaster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 3.6 ff.; Urteile des BGer 8C_344/2016 vom 23. Februar 2017 E. 3.2; 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

E. 6.1.3

In der Folge weitete das Bundesgericht mit Urteilen vom 30. November 2017 das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf alle psychischen Störungen aus (BGE 143 V 409). Auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, werden dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt (BGE 143 V 418 E. 7.1). Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 6.1.4

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Expertisen verlieren ihren Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erläuterten Korrektive nicht. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8; 137 V 210 E. 6). Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen (dazu BGE 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (verwaltungsexternen) ärztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2; SVR 2015 IV Nr. 26 [8C_616/2014] E. 5.3.1, 2013 IV Nr. 6 [9C_148/2012] E. 1.4).

E. 6.1.5

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle

Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 6.2

Im Folgenden ist zu prüfen, ob das V. _____-Gutachten den vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für beweismässige medizinische Expertisen genügt.

E. 6.2.1

Vorweg macht die Beschwerdeführerin geltend, beim V. _____-Gutachten handle es sich um eine unzulässige «second opinion». Die Beschwerdeführerin hat trotz zunächst erhobener Einwände die von der Vorinstanz mit Zwischenverfügung vom 29. Februar 2016 angeordnete interdisziplinäre Begutachtung letztlich nicht angefochten und hat sich freiwillig der Begutachtung unterzogen (vgl. act. 188; 190). Über die Zulässigkeit der durchgeführten Begutachtung ist daher im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu befinden. Hinzu kommt, dass eine erneute Begutachtung sachlich geboten erschien, insbesondere angesichts der komplexen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin, der sich widersprechenden bidisziplinären Administrativgutachten aus den Jahren 2013/2014 und 2015, des Zeitablaufs sowie der gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderten Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. Urteile des BGer 9C_382/2018 vom 21. Januar 2019 E. 4.1; 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.3).

E. 6.2.2

Sodann erachtete die Beschwerdeführerin den orthopädischen V. _____-Gutachter als nicht qualifiziert, um sich zu einem rheumatologischen Sachverhalt zu äussern. Vor dem Hintergrund, dass (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie bilden (vgl. Urteil des BGer 8C_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.3), ist nicht ersichtlich, weshalb der orthopädische V. _____-Gutachter nicht qualifiziert gewesen sein soll, die Schmerzen der Beschwerdeführerin am Bewegungsapparat zu beurteilen.

E. 6.2.3

Das V. _____-Gutachten beruht grundsätzlich auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Otorhinolaryngologie. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden berücksichtigt, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung sämtlicher Akten sowie der Zusammenfassung der wichtigsten Vordokumente (vgl. act. 221 S. 5-16) und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen der einzelnen Teilgutachter ergibt (vgl. act. 221 S.16-18, S. 19-22, S. 26-28, S. 33 f., S. 36-39). Im Weiteren wurden die durch die Teilgutachter jeweils festgestellten Untersuchungsbefunde angeführt und die gestellten Diagnosen begründet (vgl. act. 221 S. 18 f., S. 22 f., S. 28-30, S. 34-36, S. 39 f.). Das V. _____-Gutachten enthält schliesslich auch eine Konsensbesprechung (vgl. act. 221 S. 42 f.). Insgesamt erfüllt das V. _____-Gutachten die formellen Kriterien für eine beweismässige medizinische Expertise.

E. 6.3

Angesichts der psychiatrischen Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) und einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung), gemischt (ICD-10 F44.7), hat

grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409 und 143 V 418). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass das V._____-Gutachten vom 22. Mai 2017 zwar nach Einführung der bundesgerichtlichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281, jedoch noch vor deren Ausweitung mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 (beide vom 30. November 2017) auf alle psychiatrischen Erkrankungen (und damit auch auf depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur) erstellt worden ist. Entsprechend hat die psychiatrische V._____-Gutachterin die Standardindikatoren zwar erwähnt, diese jedoch nur rudimentär geprüft (vgl. act. 221 S. 24 ff.). Zu prüfen ist, ob das V._____-Gutachten allenfalls im Kontext mit den übrigen aktenkundigen früheren Gutachten und Berichten die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens anhand der bundesgerichtlichen Standardindikatoren erlaubt.

E. 6.3.1

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale vorliegt, ist eine fachärztlich einwandfrei gestellte Diagnose (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; 143 V 418 E. 6; 141 V 281 E. 2.1). Aus den zahlreichen aktenkundigen Berichten erhellt, dass im Fall der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Problematik im Vordergrund steht, zumal im Verlauf der langjährigen Abklärungen und Behandlungen für die beklagten Schmerzen (Rücken, Bewegungsapparat, Kopf) und die im Jahr 2013 eingetretene Gehunfähigkeit keine eindeutigen somatischen Korrelate gefunden werden konnten, welche die Beschwerden abschliessend erklärt hätten (vgl. act. 42 S. 8; 48 S. 8; 86 S. 15; 100 S. 6 und 11; 109 S. 3; 111 S. 2; 134 S. 36 f.; 215 S. 2; 219 S. 4; 221 S. 32). Die psychiatrischen Vorgutachter haben im Wesentlichen übereinstimmend mit dem psychiatrischen V._____-Gutachten eine dissoziative Störung (Konversionsstörung) sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert, wobei gemäss psychiatrischer V._____-Gutachterin die Symptomatik der früher bestehenden Somatisierungsstörung nun in der dissoziativen Störung, gemischt, aufgehe (act. 221 S. 22). Uneinigkeit besteht jedoch hinsichtlich der Diagnosen einer depressiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung. Diese Widersprüche in der Diagnosestellung lassen sich anhand der vorliegenden Akten nicht auflösen (act. 105 S. 25; 128 S. 15). Insbesondere hat sich die psychiatrische V._____-Gutachterin diesbezüglich in keiner Weise mit den detaillierten Ausführungen im psychiatrischen P._____-Gutachten zur Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt. Damit ist bereits die Vollständigkeit der gestellten psychiatrischen Diagnosen fraglich.

E. 6.3.2

Der orthopädische V._____-Gutachter stellte erhebliche Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Schmerzschilderungen einerseits und den objektivierbaren Befunden andererseits fest. Zur Frage inwieweit eine Schmerzverarbeitungsstörung oder eine sonstige psychische Pathologie vorliege, verwies er auf den psychiatrischen Teil des Gutachtens (vgl. act. 221 S. 30 f.). Solche Diskrepanzen und Hinweise auf eine Schmerzausweitung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung wurden bereits in den früheren rheumatologischen Gutachten festgehalten (vgl. act. 86 S. 15 f.; 134 S. 34). Auch Dr. med. Q._____- hielt in seinem psychiatrischen Gutachten fest, die geklagten Beschwerden und Einschränkungen seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar (act. 128 S. 17). Dagegen wurden laut psychiatrischem P._____-Gutachten weder Verdeutlichungstendenzen noch Hinweise auf Aggravation, Simulation oder Dissimulation festgestellt (act. 105 S. 21). Die psychiatrische V._____-Gutachterin

verneinte ausdrücklich ein aggravatorisches Verhalten während des Untersuchungsgesprächs ohne jedoch die bestehenden Hinweise auf eine allfällige Symptomausweitung zu diskutieren (act. 221 S. 24.). Die vorliegende Aktenlage erlaubt demnach keine abschliessende Beurteilung der Frage, ob allenfalls eine Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung vorliegt.

E. 6.3.3

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.).

E. 6.3.3.1

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Diesbezüglich bleiben aufgrund des psychiatrischen V._____ -Gutachtens insbesondere die konkreten funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten dissoziativen Störung unklar. Einerseits wird konstatiert, dass die somatische Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht realisierbar sei. Andererseits wird angeführt, die somatischen Beschwerden liessen sich nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklären. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin offenbar lange bettlägerig gewesen und auf einen Rollstuhl bzw. Gehhilfen angewiesen ist. Alsdann konnte zum einen nicht für alle somatischen Beschwerden ein organisches Korrelat festgestellt werden und es wurden auch keine Muskelatrophien oder ein auffälliger Muskeltonus festgestellt. Zum anderen wurde aufgrund der Inaktivität eine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung erhoben. Vor diesem Hintergrund drängt sich eine ausführliche, fachärztliche Diskussion der psychiatrischen Relevanz der somatischen Beschwerden und deren funktionellen Auswirkungen auf. Weiter wird auf emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren hingewiesen, die eine Rolle spielen könnten (nicht einfache Kindheit mit häufigen Wohnortwechseln infolge des Berufs des Vaters; zweimal erlebte Vergewaltigung um das Alter kurz nach der Pubertät; rigides familiäres Umfeld mit wenig Verständnis für ihre Probleme; zwei gescheiterte Ehen, wobei sie in der zweiten Ehe wiederholte Gewalt seitens des brutalen Ehemannes erfahren habe; Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige; berufliche Belastung durch nebenberufliche Weiterbildung; angespannte finanzielle Situation). Es wird jedoch nicht erörtert, ob und gegebenenfalls inwiefern diese Faktoren den Wirkungsgrad der Folgen der Gesundheitsschädigung beeinflussen (zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren vgl. Urteile des BGer 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2; 9C_37/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3). Sodann wird eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung erwähnt, weshalb von einer zusätzlichen psychischen Überlagerung ausgegangen werden müsse. Nicht ersichtlich ist jedoch, ob diese Krankheitsüberzeugung bewusstseinsnah ist - und damit von der Beschwerdeführerin auch geändert werden könnte - oder aber ob es sich dabei gerade um einen (für sie unbeeinflussbaren) Ausdruck der psychischen Beeinträchtigung handelt (Urteil des BGer 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 4.3). Aus den sich widersprechenden und unter Anwendung der nunmehr aufgegebenen Überwindbarkeitspraxis erstellten früheren psychiatrischen Gutachten lässt sich in dieser Hinsicht nichts ableiten. Ebenso wenig bilden die (Verlaufs-)Berichte der behandelnden

Ärzte eine rechtsgenügeliche Grundlage für die Beurteilung der funktionellen Auswirkung der Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin.

E. 6.3.3.2

«Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Die psychiatrische V. _____-Gutachterin führte in diesem Zusammenhang aus, dass eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation bestehe. Sodann könne die Behandlung theoretisch intensiviert werden, vor allem auch von medikamentöser Seite her. Sie hielt aber auch fest, dass dissoziative Störungen therapeutisch schwer anzugehen seien, vor allem bei Chronifizierung (act. 221 S. 25). Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs ungünstig (act. 221 S. 23). Dem psychiatrischen P. _____-Gutachten vom 9. Oktober 2014 ist zu entnehmen, dass es über die Jahre immer wieder zu einer Verlagerung und Änderung der erheblichen somatoformen und Konversions-Symptome gekommen sei, sodass vor diesem Hintergrund bei der der Beschwerdeführerin von einem verfestigten therapeutisch kaum mehr beeinflussbaren Verlauf mit primärem und sekundärem Krankheitsgewinn auszugehen sei. Ferner sei die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren in mehreren Kliniken stationär behandelt worden, ohne dass mittelfristig eine Verbesserung der Symptomatik aufgetreten sei (act. 105 S. 30). Dr. med. Q. _____ erachtete im psychiatrischen Administrativgutachten vom 12. Februar 2015 die Prognose, wenn auch aus krankheitsfremden Gründen, als ungünstig (act. 128 S. 17). Zu berücksichtigen sind nunmehr auch die absolvierten physiotherapeutischen Behandlungen in der Reha T. _____ im 2018 und 2019. Aus den entsprechenden Berichten ergibt sich eine Besserung des Gesundheitszustands, namentlich eine klare Verbesserung der Gehfähigkeit. Insgesamt deutet dies auf eine schwere Ausprägung der Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin.

E. 6.3.3.3

Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Die psychiatrische V. _____-Gutachterin hielt diesbezüglich lediglich fest, die diagnostizierte leichte depressive Episode und die dissoziative Störung gegenseitig negativ beeinflussen, sodass es bei einer Arbeit zu einer erhöhten Ermüdbarkeit mit vermehrten Konzentrationsstörungen komme, was einen vermehrten Pausenbedarf erfordere (act. 221 S. 23). Im Weiteren wurde festgehalten, dass die Leistungseinschränkungen aus otorhinolaryngologischer Sicht diejenigen aus psychiatrischer Sicht ergänzen (act. 221 S. 43). Unklar bleibt, ob bei der Beschwerdeführerin zusätzlich eine schwere neuropsychologische Störung, wie sie im Bericht vom 8. März 2017 der Reha T. _____ anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung festgestellt worden ist, zumal im V. _____-Gutachten dieser Bericht zwar erwähnt, aber nicht diskutiert wird.

E. 6.3.3.4

Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte die psychiatrische V. _____-Gutachterin aus, es würden keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestehen. Gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation mit

voller Leistungsfähigkeit. Ferner würden mit einem kaufmännischen Berufsabschluss und mehrjähriger Berufserfahrung Ressourcen bestehen (act. 221 S. 24). Auch Dr. med. Q._____ verneinte im psychiatrischen Administrativgutachten vom 12. Februar 2015 das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (act. 128 S. 17). Nichtsdestotrotz ist auf die in persönlicher Hinsicht belastenden Lebensumstände der Beschwerdeführerin (nicht einfache Kindheit, häufiger Wohnortwechsel, sexueller Missbrauch, rigides familiäres Umfeld, zwei gescheiterte Ehe, häusliche Gewalt, Konflikte mit Tochter, Doppelbelastung als Hausfrau/Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige) hinzuweisen. Hinzu kommt, dass im P._____ -Gutachten vom 9. Oktober 2014 auf der Persönlichkeitsebene ausgeführt wurde, es würden Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens bestehen. Anamnestisch würden sich Hinweise ergeben, dass diese Störung möglicherweise bereits in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter vorhanden gewesen sei. Bei der Beschwerdeführerin würden auch Hinweise auf Züge einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen ergeben. Die Beschwerdeführerin beschreibe, oft sehr schnell intensive Beziehungen einzugehen, die dann immer zu emotionalen Krisen führen würden. Weiter gebe sie ein Gefühl der Leere an sowie Unsicherheit gegenüber ihren eigenen Zielen. Auffällig sei, dass sie in ihrer jetzigen Beziehung ihrem Ehemann massiv Verantwortung übertrage. In der Zusammenschau der Akten und der Interaktionen zwischen den Familienangehörigen wird auf eine Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung geschlossen (act. 105 S. 27). Mit diesen Ausführungen hat sich die psychiatrische V._____ -Gutachterin in keiner Weise auseinandergesetzt.

E. 6.3.3.5

Unter dem Komplex «sozialer Kontext» hielt die psychiatrische V._____ -Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin habe nur noch in einem engen Bezugspersonenkreis Kontakte. Der Ehemann nehme ihr praktisch alles ab, sie sei auf ihn angewiesen (act. 221 S. 25). Im Weiteren ergibt sich aus der sozialen Anamnese im V._____ -Gutachten, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus wohne, das ihnen gehöre. Das Ehepaar lebe vom Einkommen des Ehemannes und habe Schulden, auch wegen des Hauses. Die Beschwerdeführerin habe Kontakte zu ihren Kindern, ausser zur erstgeborenen Tochter, die den Kontakt oft ablehne (act. 221 S. 21). Auch im P._____ -Gutachten vom 9. Oktober 2014 war von einem vollkommenen sozialen Rückzug in allen Lebenslagen die Rede (act. 105 S. 30). Demgegenüber stellte Dr. med. Q._____ in dem psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Februar 2015 keinen ausgeprägten sozialen Rückzug fest (act. 128 S. 17). Dem Bericht vom 14. August 2015 der Reha T._____ ist sodann zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin für die Kirche ehrenamtliche Aufgaben übernehme und sich gerne mit Freunden treffe (act. 158 S. 6). Gemäss letztem Bericht der Reha T._____ vom 21. Januar 2019 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Gemeinde gut integriert (BVGer act. 19 Beilage 4 S. 2). Die divergierenden Feststellungen bezüglich des sozialen Kontextes deuten auf eine Veränderung desselben im zeitlichen Verlauf hin und bedürfen einer weiteren Abklärung.

E. 6.3.4

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4).

E. 6.3.4.1

Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Hierzu führte die psychiatrische V._____-Gutachterin insbesondere aus, die Beschwerdeführerin fühle sich im Haushalt kaum einsatzfähig und habe kaum mehr Kontakte ausser Haus. Sie habe regelmässige Kontakte zu einer Freundin. In die Kirche gehe sie nicht mehr und innerhalb der Herkunftsfamilie würden Kontaktabbrüche bestehen. Die Beziehungsfähigkeit sei aber nicht gestört. Die Beschwerdeführerin lebe in guter und stabiler Beziehung mit ihrem dritten Ehemann zusammen. Sie habe auch Kontakte zu ihren Kindern, ausser zur älteren Tochter, die keinen Kontakt wünsche. Die öffentlichen Verkehrsmittel könne sie nicht alleine benützen und sie lasse sich mit dem Rollstuhl vom Ehemann überall hinbegleiten und mit dem Auto hinfahren. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei die Beschwerdeführerin aktiver und voll leistungsfähig gewesen (act. 221 S. 21, 26). Im Weiteren ist den Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf zu entnehmen, dass sie zu Hause allein nicht viel mache. Beim Kochen könne sie nur helfen und sie brauche Hilfe beim Duschen und Anziehen. Die Wäsche, Reinigungsarbeiten und die Einkäufe erledige der Ehemann, wobei sie ihn zum Teil begleite. Sie brauche dauernd Begleitung und gehe nicht mehr unter Leute, da sie sonst Panik bekomme. Der regelmässige Kontakt zu einer Freundin sei von ihrem momentanen Zustand abhängig. Sie sei rasch überfordert. Sie gehe auch nicht mehr in die Kirche. Sie schaue Sportsendungen im Fernsehen. Manchmal gebe es Tage, an denen sie 20 Stunden schlafe. Lesen gehe auch nicht mehr gut, da sie kaum etwas behalten könne; sonst schaue sie «Heftli» an (act. 221 S. 21). Mit ihrer einzigen Freundin skype sie aufgrund zunehmender Müdigkeit und Kopfschmerzen immer seltener. Sie sei auch nicht mehr imstande, Patchworkarbeiten vorzunehmen (act. 221 S. 27). Aus dem psychiatrischen P._____-Gutachten und dem Gutachten von Dr. med. Q._____ ergibt sich im Wesentlichen ein ähnliches Aktivitätsniveau (vgl. act. 105 S. 17 f.; 128 S. 13). Gegenüber Dr. med. R._____ erklärte sie zudem, dass sie sich seit kurzem mit Patchworkarbeiten beschäftige und gerade eine Decke fertiggestellt habe (act. 134 S. 24). Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin gemäss den letzten Berichten der Reha T._____ die Gehfähigkeit teilweise wiedererlangt habe und in ihrer Gemeinde gut integriert sei (vgl. BVGer act. 1 Beilage 6; 19 Beilage 4), was auf eine weiter abzuklärende Zunahme des Aktivitätenniveaus deutet.

E. 6.3.4.2

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Unter diesem Aspekt fällt die langjährige Krankengeschichte der Beschwerdeführerin auf. Für den im vorliegenden Verfahren relevanten Zeitraum seit 2012 ist in den Akten dokumentiert, dass sich die Beschwerdeführerin immer wieder wegen ihrer somatischen und psychischen Beschwerden in medizinische Behandlung begeben hat und auch mehrmals hospitalisiert worden ist (vgl. insbesondere act. 42 S. 10; 63; 64; 86 S. 19, 24 ff., 32 ff.; 100 S. 6, 11, 13; 109; 158; 165 S. 5; 200; 204; BVGer act. 1 Beilage 6; 19 Beilage 4). Was die psychiatrische Behandlung anbelangt, ist deren Intensität und Verlauf nur dürftig dokumentiert und bedarf weiterer Abklärung. So liegt namentlich vom behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. Dipl. Psych. U._____ lediglich ein Bericht vor, der nur wenige Wochen nach Aufnahme der Behandlung erstellt worden ist. Der weitere Behandlungsverlauf wurde nicht abgeklärt.

E. 6.3.5

Nach dem Gesagten erweist sich das V. _____-Gutachten auch im Kontext mit den übrigen aktenkundigen Berichten als unvollständig und bildet keine genügende Grundlage, um im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu prüfen, ob die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

E. 6.4

Die angefochtene Verfügung ist folglich gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 6.4.1

Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Ebenso steht es dem Bundesverwaltungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 6.4.2

Mit Blick auf die komplexen Leiden der Beschwerdeführerin ist die Vorinstanz anzuweisen, die Beschwerdeführerin in der Schweiz und unter Berücksichtigung der für sämtliche psychiatrische Erkrankungen massgeblichen Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409; 143 V 418) zumindest psychiatrisch, neuropsychologisch, neurologisch, rheumatologisch und otorhinolaryngologisch begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Spezialisten ist in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter zu stellen.

E. 6.4.3

Das Gutachten hat dabei nicht nur Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu geben, sondern auch über den Verlauf des Gesundheitszustands unter Würdigung der echtzeitlichen, sich teilweise widersprechenden medizinischen Gutachten und Berichte. Im Übrigen ist auf die vorstehenden Ausführungen unter Erwägung 6.3 zu verweisen.

E. 7

Zusammenfassend ergibt sich, dass der massgebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht unvollständig abgeklärt worden ist. Damit lässt sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die daraus resultierenden Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit anhand der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilen. Die Beschwerde ist deshalb insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Dabei ist die Vorinstanz anzuweisen, die Beschwerdeführerin in der Schweiz zumindest durch Fachärzte in den Disziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie, Rheumatologie und Otorhinolaryngologie begutachten zu lassen. Der Beizug allfälliger weiterer Fachärzte ist in das pflichtgemässe

Ermessen der Vorinstanz bzw. des Gutachters zu stellen.

E. 8.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1). Entsprechend sind der obsiegenden Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 8.2

Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen) angemessen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.